

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 11 juillet 1898, à 1 heure

PAR

M^{lle} Catherine BÉLIANINE

TROUBLES DE LA PAROLE

DANS L'HÉMIPLÉGIE INFANTILE

Président : M. LANDOUZY.

Juges : MM. } TUFFIER, professeur.
 } CHASSEVANT et BROCA, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

—
1898

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 11 juillet 1898, à 1 heure

PAR

M^{lle} Catherine BÉLIANINE

TROUBLES DE LA PAROLE

DANS L'HÉMIPLÉGIE INFANTILE

Président : M. LANDOUZY.

Juges : MM. { TUFFIER, professeur
CHASSEVANT et BROCA, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

PRÉFACE

Les mêmes maladies organiques ne se manifestent pas chez l'enfant avec tous les caractères qu'elles présentent à l'âge adulte ; c'est là un grand fait de pathologie générale, qui domine aussi les troubles nerveux et psychiques, que l'on peut observer dans l'enfance : il semble qu'à cet âge ils évoluent suivant d'autres modes et sont réglés par d'autres lois, qu'à l'âge plus avancé.

L'étude des troubles de la parole chez l'enfant nous offrira une confirmation de ce fait et nous chercherons à en trouver l'explication dans les conditions particulières où s'exerce la fonction du langage dans cette période de l'existence.

Nous aurons spécialement en vue les modifications de la parole dans l'hémiplégie infantile, leur fréquence chez l'enfant, leurs caractères et leurs relations avec les troubles concomitants.

Nous avons recherché, dans la littérature médicale de ces dernière années, tous les faits susceptibles d'en éclairer l'étude.

Nous avons eu l'occasion d'observer nous-mêmes quelques malades, dont nous rapporterons l'histoire.

Nous ne voulons dire qu'un mot sur l'histoire de la question. En France c'est surtout Cotard, qui en 1868 a étudié l'aphasie dans l'hémiplégie infantile. MM. Bourneville et Vuillamier, M. Marie en 1888.

En Suisse, Gaudard en 1884.

En Allemagne, Heine en 1860 : Waldenbourg en 1873 et Bernhardten 1885.

En Angleterre, Osler en 1889.

Arrivée au terme de nos études médicales nous adressons, suivant l'usage, nos remerciements aux maîtres. Le souvenir de M. Hanot sera toujours vivant dans notre mémoire ; pendant une année passée dans son service, nous avons pu apprécier l'utilité de son enseignement, plein de simplicité et de talent, par lequel il a su éveiller dans les élèves l'intérêt pour les sciences médicales.

Les leçons de MM. Faisans, Poirier, Grancher et Déjérine nous ont été particulièrement utiles.

Nous adressons notre reconnaissance à M. Magnan pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueillie dans son service.

C'est avec le plus vif intérêt, que nous avons suivi les cours de M. le Docteur Marie et nous le prions d'accepter le témoignage de notre profonde gratitude pour la bienveillance, avec laquelle il nous a accueillie dans son service de Bicêtre et nous a indiqué le sujet de ce travail.

Nous prions d'accepter nos sincères remerciements, M. Bourneville, qui a bien voulu nous donner quelques observations pour ce travail.

Que M. le Professeur Landouzy reçoive ici notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a voulu prendre la présidence de cette thèse.

Avant d'aborder les troubles du langage chez l'enfant, nous allons rapidement résumer la manière dont se constitue normalement la fonction du langage et l'influence des éléments nécessaires à sa formation.

Il ne peut être question d'une langue, que quand les signes servant à l'exprimer sont émis volontairement, ce qui arrive chez l'enfant normal vers l'âge de un an, rarement avant le 9^e ou après le 18^e mois. Il y a lieu de tenir compte de trois facteurs différents : *du désir de l'enfant de s'exprimer extérieurement.*

Cette faculté d'apprendre à parler, personne ne peut la communiquer à l'enfant et *le langage extérieur articulaire* tel que l'enfant l'a appris de ses parents. Ce dernier est la forme qui lui sert à exprimer ses impressions et pour laquelle l'ouïe et l'intégrité des organes de la parole sont indispensables.

Ces deux facteurs n'apparaissent qu'à un degré déterminé du développement intellectuel.

Steinheil dit, que dans le développement de la langue le point capital est la formation des idées, la somme des différentes impressions sensibles d'un objet et pour parler il faut un certain nombre d'impressions et de connaissances et un degré déterminé du développement intellectuel.

Mais pour que l'enfant puisse apprendre sa langue et exprimer le résultat de ses impressions, il a besoin encore de *l'instinct d'imitation*. Nous ne pouvons obliger aucun enfant à nous imiter. si cet instinct ne

s'est pas éveillé chez lui spontanément, ce qui arrive à peu près vers l'âge auquel il commence à parler. Vers cette époque, le balbutiement des premiers mois, consistant surtout en sons labiaux, vocaux, linguaux ou palataux, qui ne sont nullement les manifestations de sa langue natale, mais sont de nature purement réflexe et résultent de différentes fonctions organiques, ces sons sauvages élémentaires sont remplacés peu à peu par les sons usuels de la langue natale. Mais l'imitation n'est pas en rapport avec la compréhension. Ces sons et syllabes fortement articulés sont des simples réflexes des sentiments a, ho, ha, da. Les sons d'imitation sont baba, bébé, etc., incompréhensibles pour d'autres personnes que leur entourage. Par l'imitation, il apprend à exprimer ses impressions, quoique sous une forme encore irrégulière : appelle, par exemple, papa, autres personnes que son père.

Voilà ce que dit Sollier du développement du langage chez l'enfant à cette période de la vie. « A cette période, l'enfant apprend à relier ses idées à des mots. C'est le point le plus difficile à obtenir chez l'idiot.

L'imitation du mot précède le plus souvent sa compréhension. On en a la preuve dans la répétition fréquente d'un mot nouvellement appris et que l'enfant sert à tout propos. Cela s'observe surtout chez les enfants, dont la faculté d'articulation est assez grande et précède le développement de l'intelligence générale. Chez l'idiot cette démarcation est encore plus nette, et il arrive chez certains, qu'ils imitent et répètent convenablement, non seulement les mots, mais les phrases entières dont ils ne comprennent jamais le sens. C'est encore là une preuve que l'idée et le mot sont

indépendants, et que si elle ne précède pas le mot, celui-ci est impuissant à l'éveiller ».

Le troisième facteur indispensable c'est l'attention qui survient lorsque l'acte à accomplir doit ressembler les précédents. L'attention n'est pas une fonction de l'esprit, mais se rapporte beaucoup plus à ce domaine de notre vie psychique, qui appartient au sentiment, et se trouve, par conséquent, sous la dépendance de notre corps.

Si la fonction de l'un de ces facteurs est troublée, comme cela se voit dans l'hémiplégie infantile, dont la fréquence tombe surtout sur les premières années de la vie, le développement du langage sera troublé aussi.

Pour la commodité de la description, je prendrai la classification de l'aphasie, adoptée par Freitel.

Les troubles de la parole, dans l'hémiplégie infantile, apparaissent sous deux formes : 1° Comme l'aphasie pure, comparable à celle des adultes, résultant d'un trouble du langage acquis. L'enfant, qui parlait déjà, après la maladie, se trouve limité dans l'expression du langage et souvent ne peut prononcer que quelques sons seulement ; 2° L'enfant, avant d'être atteint de paralysie, ne parlait pas encore, mais apprenait à parler plus tard, ou même, tout en sachant à parler, après sa paralysie n'apprenait la langue que lentement et difficilement.

Après avoir examiné les cas, rapportés par les différents auteurs, nous verrons le rôle, que jouent l'âge de l'enfant, le côté lésé et le degré de l'intelligence.

OBSERVATIONS DE BERNHARDT

De l'aphasie dans l'hémiplégie droite.

OBS. I. — Garçon de 8 ans, devenu aphasique et hémiplégique au cours d'une néphrite subaiguë. A côté de cette aphasie, il avait une sorte d'amnésie. L'intelligence était diminuée et, 6 mois après le début, il ne disait que oui et non, mais plus tard, la parole et l'intelligence se sont améliorées, et 5 ans après le début il ne présentait aucune trace d'aphasie, lisait quoique lentement, mais correctement et écrivait avec la main gauche, mais le niveau de son intelligence était au-dessous de son âge

et de ses connaissances. Cet état intellectuel fut aggravé par les attaques épileptiformes, persistantes jusqu'à sa mort et qui l'ont rendu complètement idiot.

A l'autopsie, on a trouvé l'atrophie considérable de l'hémisphère gauche, mais aucune lésion en foyer. La cause de la maladie resta inconnue.

Obs. II. — Garçon de 33/4 ans qui, à la suite des convulsions resta 14 jours sans connaissance, après quoi il était hémiplégié du côté droit et a eu de l'aphasie. L'enfant, qui parlait à 1 an 1/2, ne disait que papa et maman, mais il comprenait tout ce qu'on lui disait, la mémoire est restée bonne. 2 ans 1/2 après, la parole était complètement revenue, son hémiplégie s'est améliorée aussi, mais il a des attaques épileptiformes.

Obs. III. — Fille de 5 ans, atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie. 7 semaines après le début de la maladie elle ne parlait pas encore, les premiers mots apparus chez elle étaient papa, oui, non, Anna. 4 mois plus tard, elle ne prononçait pas encore la plupart des mots. 1 an 1/2 plus tard elle ne pouvait pas prononcer *l* liée aux autres consonnes, quoiqu'elle la prononçait bien si elle était au commencement du mot.

Obs. IV. — Fille de 8 ans, hémiplégie et aphasie à 6 ans. Parmi les voyelles elle ne prononçait correctement que *a* et *i*, les consonnes d'une façon tout à fait inintelligible. Plusieurs années après le début de la maladie, ces troubles persistaient encore et la parole était à peine compréhensible chez elle-même par sa mère. Pas de parésie du voile du palais, seulement la voix fortement nasonnée. A côté de cette dysphasie, la malade restait quelquefois à répéter le même mot pendant des heures entières, soit en le prononçant, soit en le chantant.

Obs. V. — Fille de 7 ans, atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie à 6 ans. Un an après, les troubles de la parole consistaient en akataphasie (parole à l'infinif).

L'auteur conclut que l'aphasie survenue chez les enfants qui parlaient déjà, survient sous forme d'aphasie motrice et n'est qu'un symptôme passager et quelques semaines ou mois après

le début de la maladie, malgré la persistance de la paralysie, la parole reparait de nouveau.

Chez les uns, 1 ou 2 ans après le début, il ne reste aucun signe d'aphasie; chez les autres persistent longtemps ou même pendant toute la vie les différents troubles du langage sous forme de dysphasie; l'enfant répète des mots, qu'il ne prononce pas spontanément, ou bien il parle à l'infinitif, très souvent trouble de l'articulation: grasseye, zézaie, parole embarrassée, maladroite, difficulté de prononcer certaines lettres: *l. m.*

Dans la table d'Oscar Rie, nous trouvons l'aphasie 4 fois dans l'hémiplégie droite.

Dans les 2 cas les enfants étaient intelligents et parlaient déjà vers la 2^e année. L'un d'eux était atteint de paralysie à l'âge de 25 mois. Depuis il ne disait que « ah », mais au moment de l'observation de 26-29 mois, l'aphasie est beaucoup améliorée.

L'autre enfant atteint de paralysie à l'âge de 2 ans, dans les premiers 6 mois après le début, ne disait que quelques mots, mais vers 3 ans 1/2, sa parole ne présentait aucun trouble. Dans les 2 autres cas, les enfants ayant eu la parole déjà développée, étaient atteints vers l'âge de 7-8 ans. L'aphasie chez eux était de courte durée et 3/4 et 1 an après le début, l'un d'eux répétait les mots, l'autre n'articulait pas bien.

Autres cas de l'aphasie dans l'hémiplégie droite de la table de Freud :

1. Garçon de 3 ans 1/2, hémiplégie à 2 ans, 6 mois après le début de la maladie, ne dit que quelques mots.

2. Garçon de 2 ans 1/3, hémiplégie à 1 an 1/3, n'a pas parlé.

3. Garçon de 4 ans, hémiplégie à 2 ans, intelligence diminuée, ne dit que quelques mots.

4. Fille de 8 ans 3/4, hémiplégie à 8 ans, intelligence insuffisante, répète des mots.

5. Garçon de 8 ans, hémiplégie à 2 ans, intelligence bonne, mais reste aphasique,

6. Garçon de 7 ans $1/4$, hémiplegie à 3 ans $1/4$, intelligence diminuée, aucun trouble de la parole.

Cas d'aphasie dans l'hémiplegie droite, cités par Osler :

1. Garçon de 4 ans, hémiplegie à l'époque de la dentition. Parole affectée.

2. Fille de 17 ans, hémiplegie à 15 ans. La parole est encore difficile.

3. Garçon de 4 ans, hémiplegie au même âge. Depuis la maladie ne dit que quelques mots.

4. Garçon de 4 ans, hémiplegie à 2 ans 3 mois. Intelligence affectée, perte de la parole absolue, mais 4 ou 5 mois plus tard la parole était revenue peu à peu.

5. Fille de 3 ans 2 mois, hémiplegie à 18 mois. Intelligence affectée, perte de la parole.

6. Garçon de 7 ans, premières convulsions à 3 ans, deuxièmes à 6 ans avec hémiplegie consécutive accompagnée de la perte de l'ouïe. Intelligence affectée, aphasie.

7. Fille de 4 ans, hémiplegie à 3 ans $1/2$. Parole un peu affectée.

8. Fille de 12 ans, hémiplegie à 2 ans. Aphasie pendant 6 semaines.

9. Garçon de 13 ans, hémiplegie à 12 ans. Aphasie complète, mais amélioration 8 semaines plus tard.

10. Garçon de 10 ans, hémiplegie avec aphasie complète pendant une semaine, mais plus tard la parole était revenue peu à peu.

11. Fille de 6 ans, hémiplegie à 3 ans. Intelligence affectée, aphasie, qui a disparu 1 an après le début.

12. Garçon de 16 ans, hémiplegie depuis son enfance et aphasie. Actuellement la parole est affectée.

13. Fille de 2 ans $1/2$, hémiplegie à 2 ans. Intelligence défectueuse, ne peut pas parler, mais comprend tout ce qu'on lui dit.

Ces statistiques nous confirment l'opinion de Bern-

hardt sur l'aphasie, qui, dans la plupart des cas est passagère, sauf les cas, où elle était survenue chez les très jeunes enfants, et alors, à côté des troubles de la parole, on voyait aussi l'intelligence être affectée.

OBSERVATION (personnelle)

Recueillie dans le service de M. MARIE, à Bicêtre.

Le malade, âgé de 33 ans, rentra dans le service le 12 juin 1895.
Antécédents héréditaires. (Renseignements donnés par le malade le 15 juin 1898).

Père et mère vivent encore, sont âgés, mais le malade ne peut pas préciser l'âge.

Père était toujours bien portant, n'est pas alcoolique. Actuellement depuis 1 an 1/2 est atteint de la paralysie de la moitié gauche du corps, parle à peine. Un oncle bien portant, pas d'autres renseignements sur la famille paternelle.

Mère bien portante, n'est pas nerveuse.

Aucun autre renseignement sur les antécédents maternels.

De 12 enfants, 5 sont morts, le malade ne sait pas de quelle maladie. Parmi les vivants : 2 sœurs bien portantes et 4 frères également.

En jeune âge, aucun des enfants n'a eu des convulsions, ni autres crises nerveuses.

Notre malade : né à terme, marcha vers un an et parla vers 2 ans.

Dans les premières années de sa vie semble n'avoir eu aucune maladie infectieuse.

Premières convulsions à 5 ans 1/2 pendant 1/2 h.

Deuxièmes convulsions à 6 ans à la suite d'une frayeur, que lui a fait un coup de canon, tiré à côté de lui. D'après le dire du malade, ces convulsions durèrent plusieurs heures, après quoi il fut paralysé de toute la moitié droite du corps. Le lendemain, il ne pouvait pas dire un seul mot, mais entendait et

comprenait tout ce qu'on lui disait, pouvait avaler et ne se mordait pas la langue. Depuis cette aphasie, la parole resta tout à fait incompréhensible même à son entourage jusqu'à l'âge de 19 ans. A partir de cette époque, la parole était revenue peu à peu et resta telle qu'elle est actuellement.

Rien de particulier dans ces antécédents personnels.

Examen du malade : aucune anomalie dans la conformation du crâne et de la face.

Etat de l'audition : oreille droite 15 c.

— " — gauche 4 c.

Pas de parésie du voile de palais, ni de déviation de la luette, il peut tirer la langue et la porter dans toutes les directions, pas de parésie dans les muscles de la face.

Aucune anomalie du côté des yeux, ni de la vision. Les yeux fermés résistent lorsqu'on tend à les ouvrir. Le malade peut fermer l'œil gauche, mais non pas l'œil droit.

Motilité : membre inf. droit.

Les mouvements d'extension et de flexion sont possibles dans tous les segments, ainsi que ceux d'adduction et d'abduction, sauf le pied, qui ne peut exécuter ce dernier mouvement.

Lorsqu'on lui commande de faire ces mouvements, on observe les mouvements associés du bras droit.

Membre supérieur droit : la flexion de la main existe, mais pas l'extension.

Dans l'avant-bras, la supination et la pronation ne sont pas possibles, les autres mouvements sont conservés, dans le bras les mouvements se font bien. Raideur et tension permanente de tous les muscles du bras et de l'avant-bras et les mouvements athétosiformes à propos des mouvements volontaires.

Sensibilité normale.

Examen de la parole : le malade entend et comprend tout ce qu'on lui dit et peut exécuter les différents ordres. La parole spontanée et répétée existe sans trace de bégaiement, mais à cause de la dysarthrie très accentuée il est quelquefois difficile de deviner ce qu'il veut dire. Le malade n'a jamais appris à lire, mais peut lire l'heure sur la montre, reconnaît bien les chiffres, peut les copier et écrire sous la dictée.

Aucun trouble dans la reconnaissance de dessin et de couleurs.

Il peut chanter l'air avec ou sans paroles, mais toujours en grasseyant.

Il prononce bien toutes les voyelles, parmi les labiales, dit au lieu de *b — p*, *pa* pour *boi*, quoique peut prononcer *oi*. Parmi les autres consonnes, ne prononce que *te* et *ne*, toutes les autres sont remplacées par *t*.

Ainsi il dit *fa*, mais prononce *ve* pour *fé*, *droit — va*, *actif — atif*, *clef — té*, *pli — pi*, *semble — tem*, *éclair — été*, *close — to*.

L'intelligence est au-dessous de la moyenne : le malade confond son propre âge, ne peut pas dire ni l'année, ni mois, ni la date, ni nommer les saisons et les mois.

Il sait qu'il est à l'hôpital depuis 3 ans, mais ne sait pas en quelle année il y était entré.

La mémoire semble très affaiblie.

Le sens d'orientation est normal.

Il dit de n'avoir jamais eu des attaques épileptiformes.

L'histoire de ce malade présente cette particularité, que chez lui en absence de toute cause aggravante : épilepsie ou autre maladie, l'aphasie a persisté pendant très longtemps. Faut-il attribuer cette longue durée au degré insuffisant de l'intelligence ? C'est bien probable, mais par défaut de renseignements suffisants je ne peux pas l'affirmer.

Nous allons prendre maintenant quelques exemples, cités par Bernhardt, dans lesquels les enfants étaient atteints d'hémiplégie avant l'apparition de la parole.

OBS. — Hémiplégie droite, survenue chez l'enfant à l'âge de 1 an. L'enfant ne commença à parler qu'à trois ans, mais vers l'âge de 6 ans la parole était encore imparfaite.

Dans les deux autres cas d'hémiplégie droite, survenue vers l'âge de 1 an $\frac{1}{2}$, l'un des enfants un an après le début, ne parlait pas encore, l'autre ne disait que quelques mots.

Voici quelques cas de la table d'Osler :

OBS. I — Garçon de 4 ans, atteint d'hémiplégie droite à 1 an, ne parle pas, mais comprend ce qu'on lui dit.

OBS. II. — Fille de 7 ans, chez laquelle l'hémiplégie gauche était survenue à 4 mois. Intelligence défectueuse, parle très mal.

Trois cas de Bernhardt, dans lesquels il s'agit de la parole tardive après l'hémiplégie droite.

OBS. I. — Enfant atteint d'hémiplégie depuis le 7^e mois, ne commença à parler qu'à l'âge de 5 ans et parla encore très mal à 7 ans.

OBS. II. — Enfant atteint d'hémiplégie depuis le 3^e jour de sa naissance, commença à parler à 2 ans.

OBS. III. — Fille au moment de l'observation âgée de 2 ans $\frac{3}{4}$. Hémiplégie à 3 mois $\frac{1}{2}$. Entend bien, mais ne parle pas.

OBS. IV. — Enfant atteint de convulsions depuis la naissance. A 2 ans, l'enfant était intelligent, non paralysé, mais privé absolument de la parole.

Ainsi nous voyons que l'âge de l'enfant a une grande influence sur la marche de l'aphasie, ainsi que sur l'intelligence, et plus l'enfant est jeune, plus le développement du langage est arrêté, et, dans ce cas, le trouble d'après Treitel, résulte du développement insuffisant du cerveau.

Jusqu'à présent, je ne citais que les cas dans lesquels l'aphasie accompagnait l'hémiplégie droite. Nous allons voir maintenant la part qui lui appartient dans les hémiplégies gauches, où, comme nous verrons plus loin sa fréquence est assez considérable, contrairement à l'opinion de Gibotteau, qui disait, que l'aphasie est étrangère aux hémiplégies gauches.

OBSERVATIONS DE BERNHARDT

Sur l'aphasie dans l'hémiplégie gauche.

OBS. I. — Garçon de 5 ans, hémiplégie à 3 ans. La parole est imparfaite et notamment la formation des lettres palatines.

De 3 autres enfants atteints d'hémiplégie gauche, l'un parla bien à 2 ans, l'autre âgé de 5 ans parlait difficilement.

Le 3^e, vers le 14^e mois ne pouvait pas prononcer les mots, appris auparavant, mais à l'âge de 5 ans la parole était complètement revenue chez lui.

Et l'auteur conclut, que l'aphasie se rencontre dans les hémiplégies infantiles de deux côtés.

Gaudard a observé l'aphasie huit fois dans l'hémiplégie gauche.

OBSERVATION (abrégée) de M. BOURNEVILLE.

Jacques C..., âgé actuellement de 15 ans, entra dans le service le 22 juin 1897.

Antécédents héréditaires. — Ne présentent aucune particularité à noter sauf que le père, maintenant âgé de 42 ans, a été somnambule à 20 ans.

De 5 enfants, une fille morte à 2 ans 1/2 de méningite, les autres sont bien portants.

Notre malade, né à terme, pas d'asphyxie. Marche tardive, parole également.

Antécédents morbides — Premières convulsions au cours d'une coqueluche à 2 ans, deuxièmes à 2 ans 5 mois, accompagnées d'hémiplégie gauche. Parole toujours nulle. A 12 ans, accès d'épilepsie qui revenaient tous les 15 jours. Chaque semaine, quelques vertiges. Mais depuis qu'il a été mis au bro-mure en 1896, l'épilepsie a beaucoup diminuée.

Pas de maladie infectieuse.

Etat du malade le 29 juin 1897. — Expression peu intelligence regard dur, aucune anomalie dans la conformation du crâne et de la face, seulement l'œil gauche semble être plus bas que l'œil droit. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Aucun trouble dans la reconnaissance de couleurs.

Ouïe normale.

Motilité. — Membre supérieur. Le bras gauche est normal et très musclé, la main est en pronation et flexion forcée, le pouce dans l'adduction et les autres doigts fléchis par dessus le pouce. Pas de raideur articulaire. Motilité normale de l'épaule et du coude. Les mouvements volontaires des doigts et du coude sont à peine sensibles.

La main peut être ramenée dans la supination. Lorsqu'on la met dans l'extension, les doigts se fléchissent davantage.

Sensibilité normale.

Les membres inférieurs sont très musclés.

Le membre gauche est moins volumineux que le droit.

Réflexe, rotulien gauche un peu exagéré. Mouvements volontaires normaux dans la hanche et le genou. Les mouvements du pied sont peu étendus, surtout la flexion, qui néces-

site des efforts et le malade fléchit en même temps le dernier segment du membre supérieur.

Avant son entrée à l'hôpital, le malade a déjà appris à lire et à écrire. Depuis qu'il est dans le service, il suivit les classes et, d'après la note de l'instituteur, écrivait mal et ne lisait pas bien, à cause du défaut de prononciation consistant surtout en une raucité de la voix et une dureté de l'articulation.

L'intelligence et la mémoire sont affaiblies. En 1898, il a eu 33 attaques épileptiformes et 15 vertiges. Mais, malgré cela, a fait du progrès à l'école et l'intelligence et la mémoire se sont améliorées.

Examiné par moi le 15 juin 1898, au point de vue des troubles de la parole, voici ce que j'ai trouvé chez lui :

Il peut tirer la langue au dehors, mais ne peut pas la porter ni latéralement, ni en haut, le voile du palais ne présente pas de parésie, la luette n'est pas déviée. Il prononce distinctement toutes les voyelles, ainsi que les consonnes labiales, sauf *be* qu'il prononce comme *pé*. Parmi les autres consonnes, il prononce *t* pour *d* et *cha*, *ké* pour *gai*. Prononce *ge*, mais dit s'asissait pour s'agissait, *arte* pour *apte*, *artif* pour *actif*, *akchat* ou *aka* pour *achat*, *acjoint* pour *adjoin*t.

La parole est trainante, mais sans trace de bégayement ni autre trouble appartenant à l'aphasie.

En résumant les troubles de la parole chez ce malade, nous voyons qu'ils consistent surtout en dysarthrie, qui probablement est due à la paralysie partielle des muscles de la langue, mais par défaut d'autres renseignements sur le développement du langage chez lui, nous ne savons pas la marche de l'aphasie, ni la part qui lui appartient dans l'apparition de la parole.

Freud a trouvé l'aphasie sur 35 cas, dans l'hémiplégie gauche 3 fois, et dans l'hémiplégie droite. 8 fois.

Obs. I. — Garçon de 5 ans 1/2, hémiplégie depuis la naissance. Commença à parler à 2 ans, mais la parole est imparfaite.

OBS. II. — Fille de 2 ans 1/2, hémiplegie à 1 an 1/4. Après la paralysie ne dit que quelques mots.

OBS. III. — Fille de 9 mois, hémiplegie à cette époque, ne prononce aucun son articulé.

Voici encore 5 cas d'aphasie dans l'hémiplegie gauche, rapportés par Osler :

OBS. I. — Garçon de 3 ans 1/2, hémiplegie à 3 ans, intelligent, parle très lentement.

OBS. II. — Garçon de 25 ans, hémiplegie à 18 mois. Intelligence assez bonne, parle assez difficilement.

OBS. III. — Fille de 6 ans, hémiplegie à 14 mois, parle avec difficulté.

OBS. IV. — Fille de 7 ans, hémiplegie à 4 mois, Intelligence défectueuse, parle très mal.

OBS. V. — Garçon de 12 ans. Premières attaques convulsives à 8 ans. Deuxièmes à 10 ans, hémiplegie pendant un mois, accompagné d'aphasie. Intelligence faible.

D'après sa statistique, il a trouvé l'aphasie 50 % dans l'hémiplegie droite et 30 % dans l'hémiplegie gauche. Parmi les 17 cas avec aphasie, rapportés par Sachs et Peterson, dans 10 cas il s'agissait d'hémiplegie droite et dans 7 cas d'hémiplegie gauche.

Cette proportion relativement grande d'aphasie dans l'hémiplegie gauche est très frappante par comparaison à celle des adultes. Ces auteurs pensent ; que plus on grandit, plus on se sert du côté gauche du cerveau, tandis que, dans le jeune âge, les deux hémisphères sont doués de la même faculté du langage et, qu'à cette

époque, la différenciation des hémisphères, n'est pas encore faite.

Oppenheim dit que les centres de la parole du côté droit du cerveau sont partiellement développés, même chez les sujets droitiers et que ces centres deviennent actifs quand le centre normal est détruit. Le cas de Wernicke cité dans la thèse de Mirallé confirme cette opinion. Il rapporte un cas d'adulte aphasique et paralysie du côté droit. La parole était revenue chez lui, mais une seconde attaque d'apoplexie a fait revenir l'aphasie, associée cette fois à l'hémiplégie gauche. Bernhardt dit aussi que, chez l'enfant quelle que soit la lésion de l'hémisphère gauche (hémorragie, ramollissement, inflammation, atrophie) etc., il peut se reconstituer et être suppléé par l'hémisphère droit, comme cela se voit chez les gauchers, et ce n'est que dans les cas relativement rares, que l'aphasie persiste comme un symptôme permanent.

Les observations cliniques ne laissent aucun doute de ce que les centres du langage se trouvent aussi dans l'hémisphère droit et ce n'est que la prédominance de se servir de l'hémisphère gauche, qui lui donne cette importance avec l'âge. Un cas très intéressant de ce genre a été rapporté par Kahler.

Chez une femme de 35 ans, morte d'une maladie de Bright, on a trouvé à l'autopsie l'atrophie de la 3^e circonvolution frontale gauche qui, d'après le développement du cerveau, devait remonter au 5^e mois de la vie intra-utérine. Pendant la vie, cette femme ne présentait aucun trouble de la parole. Mais, 4 ans avant sa mort, lorsqu'à la suite d'une apoplexie elle fut atteinte d'hémiplégie gauche, elle a complètement perdu la parole et à l'autopsie on a trouvé une vieille cicatrice

de la partie antérieure de la couche optique du côté droit.

Il y a lieu de se demander si cette suppléance des centres du langage par l'hémisphère doit exister toujours ? Telle n'est pas l'opinion de Waldenbourg qu'il confirme par une observation.

Il s'agit d'un garçon de 6 ans dont la mère, au 3^e mois de sa grossesse a eu l'hémiplégie et l'aphasie, l'enfant à la naissance avait l'hémi-parésie droite et n'a jamais pu apprendre à parler, quoique il entendait bien et comprenait tout ce qu'on lui disait. — L'auteur admet la lésion de l'hémisphère gauche et dit que l'hémisphère droit n'a jamais pu suppléer ses fonctions.

En ce qui concerne le rapport de l'intelligence à l'aphasie dans les hémiplégies infantiles, M. Marie, dans son travail sur l'hémiplégie infantile, le résume ainsi : « En règle générale, l'intelligence est atteinte, mais cela suivant les degrés très divers et à ce point de vue la classification établie par M. Bourneville et Vuillamier est tout à fait légitime. Ces auteurs distinguent 3 catégories : l'enfant est ou *idiot* ou *imbécile* ou simplement *arriéré*. »

D'après M. Bourneville, il y a une relation assez étroite entre le degré de l'hémiplégie et celui de l'état intellectuel. Les enfants idiots présentent ordinairement une hémiplégie beaucoup plus accentuée que ceux, qui sont seulement arriérés et les troubles intellectuels sont ordinairement plus marqués chez les enfants atteints d'hémiplégie double. Le côté lésé ne paraît pas exercer une influence manifeste sur le degré de la déchéance intellectuelle. »

Bernhardt est arrivé aux mêmes conclusions sur

l'aphasie et dit, que même après la reconstitution complète de la parole, il n'est pas rare de voir l'intelligence être atteinte, les enfants apprennent difficilement et tardivement et font l'impression des individus un peu déments, et à côté de l'idiotie et de l'imbécillité; on observe aussi chez eux autres troubles psychiques consistant en changement de caractère; l'enfant devient inquiet, irritable, etc.

Aussi M. Marie, en résumant la classification de Bernhardt sous l'aphasie dit : « Chez les enfants atteints d'hémiplégie depuis 1 an ou plus, ou bien on ne constate rien d'anormal du côté de l'intelligence ni de la parole; ou bien ces enfants sont tellement idiots, qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils ne parlent pas, ce n'est plus là une aphasie véritable, c'est un manque de l'intelligence en général ».

Dans la première partie de cette thèse, j'ai déjà eu l'occasion de parler de l'importance de l'intelligence et de l'instinct d'imitation dans le développement du langage.

Si l'intelligence est insuffisante ou fait défaut, le besoin de la parole ne se réveille jamais et les enfants sont idiots. Griesinger dit : « qu'ils ne parlent pas, parce qu'ils n'ont rien à dire ».

Parmi les enfants avec l'intelligence faible, il n'est pas rare d'observer ceux, par exemple, qui peuvent nommer le mot entendu, mais sont incapables de le prononcer spontanément. Un cas de ce genre a été observé chez un garçon de 5 ans, qui le lendemain ne savait plus le mot que sa mère lui faisait apprendre la veille. Il ne causait pas avec les enfants de son âge, quoiqu'il pouvait répéter tout ce qu'on lui disait. La lenteur de ses réponses montrait chez lui la len-

teur de la pensée. De même Broadbent parle d'un gargon de 12 ans, qui pouvait copier assez correctement, mais chez qui la parole dictée était très insuffisante.

Une opinion très intéressante sur l'aphasie par affaiblissement intellectuel a été donnée par Kussmaul. Il dit : « Plus la notion est concrète plus tôt avec la disparition de la mémoire disparaît le mot à la désigner. C'est ainsi que les notions des personnes et des objets sont moins liées à leur noms, que les abstractions de leurs états. Les notions abstraites nous devons à l'aide des mots, qui seules expriment toute leur valeur. C'est pourquoi les verbes, les adjectifs, les pronoms, les adverbes, les prépositions et les conjonctions, sont plus intimement liés à l'idée que les substantifs. Ainsi, dans la lésion du centre du langage, les substantifs disparaissent avant les adverbes et les verbes ». Si l'intelligence et les centres du langage sont fréquemment atteints dans l'hémiplégie infantile, il ne faut pas croire qu'il en est toujours ainsi, et il n'est pas rare d'observer des enfants qui, malgré leur hémiplégie, n'ont jamais eu aucun trouble de la parole ni de l'intelligence, ou du moins étaient tels au moment de l'observation.

OBSERVATIONS DE BERNHARDT

OBS. I. — Fille de 10 ans, ayant eu à l'âge de 1 an $1\frac{1}{2}$ des convulsions dans la moitié droite du corps et l'hémiplégie consécutive de même côté. La parole et l'intelligence étaient intactes,

Obs. II. — Fille de 5 ans, ayant eu à 4 ans les convulsions et l'hémiplégie droite sans aucun trouble de la parole, ni de l'intelligence,

Obs. III. — Fille de 18 ans ayant eu l'hémiplégie droite consécutive à la scarlatine. N'a jamais présenté aucun trouble de la parole, a appris à écrire avec la main gauche.

De 8 cas d'hémiplégie droite, rapportés par Vuillamier en 3 cas, il n'y avait aucun trouble de la parole.

Même remarque s'applique aussi à l'hémiplégie gauche.

Obs. I. — Fille de 5 ans, hémiplégie gauche à 4 ans sans aucun trouble de la parole.

Obs. II. — Fille de 5 ans $3/4$, hémiplégie gauche consécutive à une frayeur. La parole est un peu lente, mais claire et sans aucune trace d'anarthrie, ni de l'aphasie.

Obs. III. — Fille de 10 ans, chez laquelle on s'est aperçu de son hémiplégie vers le 11^e mois. Elle commença à parler vers 2 ans. Actuellement n'est pas aphasique et apprend bien à l'école.

Dans le service de M. Bourneville, j'ai observé aussi un malade, âgé de 15 ans, qui parla à 13 mois et marcha à 1 an. Il a eu les premières convulsions à 18 mois, 15 jours après une nouvelle attaque convulsive, qui dura 15 minutes et fut accompagnée d'hémiplégie droite. En même temps avec paralysie il avait de l'hémichorée, mais l'intelligence est toujours restée intacte, il apprenait bien à lire et à écrire à l'école avec la main gauche. En 1895 survinrent les attaques d'épilepsie, mais l'intelligence reste toujours dans un bon

état, il fait du progrès à l'école. Actuellement on ne trouve chez lui aucune trace d'aphasie, ni de dysarthrie, et le seul trouble de sa parole consiste en ce qu'il s'arrête quelquefois avant de prononcer les mots longs.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'aphasie doit être fait entre l'idiotie, la surdi-mutité, la parole tardive, l'aphasie par anomalie psychique, aphasie congénitale, le bégayement, aphasie dans les névroses générales, aphasie réflexe et aphasie par traumatisme.

L'aphasie dans l'idiotie, d'après Sollier se rencontre sous deux formes : *aphasie motrice* et *aphasie sensorielle*. Dans le premier cas, on a affaire à des idiots, qui ne peuvent pas parler, tout en comprenant à peu près ce qu'on leur dit, ainsi que le prouve leur obéissance à exécuter ce qu'on leur commande.

Dans le second cas, nous avons des idiots qui ne comprennent pas un mot de ce qu'on leur dit et sont incapables d'émettre un seul mot. Tels sont les idiots incurables, qui se retournent si on fait un bruit fort et qui ne sont pas par conséquent sourds. Il en est d'autres, qui, sans être sourds, paraissent comme tels, non seulement aux paroles, mais à toute espèce de sons. Leur surdité n'est qu'apparente et tient uniquement à l'absence d'attention. A côté de l'absence complète de la parole, telle qu'on la trouve chez l'idiot à tout degré, il faut noter les différents troubles de l'idiotie moyenne : parole à l'infinitif, zézaïement, répétition des dernières syllabes, impossibilité d'émettre distinctement les consonnes, d'où l'articulation indistincte des syllabes et des mots. Puis la parole vague, liée,

confuse, floue caractérisée par une émission négligée de consonnes avec oubli de certaines syllabes isolées, que l'on trouve chez les imbéciles d'un degré faible ou moyen.

Je ne rentre pas dans l'étude plus détaillée de l'examen de la parole chez les idiots, comme lecture et écriture, qui présentent plus d'intérêt au point de vue du développement et de l'éducation du langage, que pour le diagnostic.

Par conséquent, c'est sur les différentes manifestations de l'intelligence et plus particulièrement de l'attention avec laquelle l'enfant réagit aux impressions du monde extérieur, que le diagnostic peut être fait.

Pour différencier la *surdi-mutité*, il faut recourir aux différents modes d'exploration par instruments et aussi faut-il la distinguer d'une simple dureté de l'ouïe et de la mutité par affaiblissement des muscles de la langue. On trouve dans la littérature l'erreur du diagnostic pour le cas pareil.

Un garçon qui ne pouvait pas parler par suite de la paralysie de tous les muscles de la langue fut pris pour un sourd-muet et placé dans un établissement.

Quant à la *parole tardive*, il faut rechercher si elle n'est pas héréditaire dans la famille, s'il n'y a pas de rachitisme ou autre maladie qui puisse empêcher le développement du langage. Théoriquement jusqu'à trois ans, on pourrait reporter l'absence de la parole à la parole tardive, en laissant la dénomination de l'aphasie congénitale à celle qui survient chez les enfants plus âgés.

Une autre distinction est nécessaire pour la *mutité paranomalie psychique* qui, en dehors même des troubles de la parole, doit être faite sur l'ensemble des

signes, par lesquels l'enfant exprime ses désirs. Freitel parle d'un garçon de huit ans, dont l'intelligence a été suffisante pour étudier la langue, mais qui ne faisait aucune attention au langage des autres, et lorsqu'il parlait, c'est à peine si on pouvait le comprendre, cependant l'attention ne faisait pas défaut chez lui. A côté de sa marche particulière et maladroite de ses mains, on a attribué ces absences d'esprit à une anomalie congénitale psychique,

La mutité par anomalie psychique peut entraver le développement du langage par le non-désir à parler. Certains idiots, par exemple, tout en sachant à parler, restent des mois sans prononcer un seul mot. Quelquefois cette anomalie est héréditaire, comme cela a été observé chez un garçon de 5 ans. Sa mère commença à parler à 6 ans et même à l'âge adulte prononçait difficilement les mots longs. Le garçon parla d'3 ans et même un an après ne disait que quelques mots, mais spontanément parlait très rarement et ne répondait à la question que trois minutes après et oubliait le lendemain les mots qu'on lui faisait répéter la veille.

Le diagnostic de l'aphasie congénitale de celle survenue à la suite d'une hémiplégie présente beaucoup de difficulté, surtout lorsque l'enfant a été atteint avant l'apparition de la parole. Freitel dit, que même dans cette forme d'aphasie il reste toujours quelques mots et il distingue les cas : 1^o où la plupart de la parole est conservée et 2^o cas, où quelques sons seulement ne peuvent pas être prononcés. Ces derniers, il regarde comme un degré très accentué de bégayement.

Wilde, dans sa statistique des muets en Irlande, trouva sur 5,180 muets :

Mutité sans surdité, 433 fois.

Mutité seule, 143 fois.

Mutité et imbécillité, 48 fois.

Idiotie et mutité, 168 fois.

Mutité avec idiotie et imbécillité, 74 fois.

Voici un cas de la première catégorie :

Garçon de 6 ans, n'est ni sourd, ni idiot, ni mal conformé, il comprend tout ce qu'on lui dit. Les organes de la parole sont bien conformés, mais il ne fait aucune tentative d'articuler ou de prononcer les mots. Lorsqu'il veut attirer l'attention sur lui, il pousse un cri aigu, ressemblant à l'aboïement.

Dans ces cas comme dans d'autres, il ne s'agissait pas d'hérédité fâcheuse.

De treize cas, cités par les différents auteurs, il suit que la surdité n'est pas absolue et que quelquefois les enfants commencent à prononcer vers 4 et 7 ans oui et non ou encore d'autres mots. La cause de cette mutité n'est pas l'impossibilité de prononcer les mots. Dans les observations de Freitel cette forme d'aphasie se rencontrait toujours chez les garçons. Par analogie, on trouve aussi que les garçons commencent à parler plus tardivement que les filles, et que le bégayement et la surdi-mutité se rencontrent plus fréquemment chez eux aussi.

Cette aphasie congénitale apparaît sous le même aspect que celle des adultes, mais en diffère en ce que, chez l'adulte, les images des mouvements de la parole sont perdus, tandis que, chez l'enfant, il ne peut être question du centre moteur du langage par absence des mouvements précédents nécessaires.

Le *bégayement* est caractérisé par l'arrêt brusque au milieu de la phrase.

L'aphasie dans les névroses : hystérie, chorée, épilepsie se caractérise en ce que, dans l'hystérie, elle survient subitement, souvent la nuit et disparaît au bout de quelques heures.

L'aphasie choréique n'est pas d'origine centrale et résulte du spasme des muscles de la langue et la chorée peut l'entraver complètement, si elle est très intense comme cela a été observé chez un garçon de 11 ans, qui resta sans parler pendant 5 mois.

L'aphasie dans l'épilepsie accompagne les attaques épileptiformes et doit être reportée au dépens de *status epilepticus* et de la déchéance intellectuelle progressive.

L'aphasie réflexe, assez fréquente chez les enfants, peut être provoquée par l'indigestion, les troubles circulatoires, les vers intestinaux, la frayeur, etc., elle disparaît avec la cause qui l'a provoquée. On l'a observé après l'ingestion de quelques centigrammes de *santonine*, l'extraction d'une dent, etc.

L'aphasie par traumatisme du crâne se reconstitue chez les enfants en peu de temps, contrairement de ce qu'on observe chez l'adulte.

Le pronostic de l'aphasie est favorable si elle n'est pas accompagnée de l'épilepsie, l'idiotie, l'anomalie psychique ou si elle n'est pas congénitale.

L'étiologie de l'aphasie est celle de l'hémiplégie infantile et toutes les maladies aiguës ou chroniques du cerveau sont susceptibles de la provoquer. Je ne ferai qu'énumérer les causes citées dans le travail de M. Marie. Cet auteur dit, que lorsqu'elle est congénitale ou se montre dès la naissance, elle peut être provoquée par *traumatisme* sur le ventre de la mère, par *émotion* vive de celle-ci.

Pendant l'accouchement par *asphyxie*, qui donnerait lieu à une hémorrhagie cérébrale. Après la naissance par le travail de la dentition, les émotions, vers intestinaux, le froid, etc., l'hérédité neuropathologique, maladies générales, maladies infectieuses et, parmi ces dernières, la fièvre typhoïde en particulier.

Anatomie pathologique est la même que chez l'adulte ; ramollissement, hémorrhagie, inflammation, etc. Avec cette différence que chez l'enfant la lésion des deux hémisphères peut provoquer l'aphasie.

Traitement est variable suivant les cas et suivant que l'aphasie est congénitale ou acquise. Pour la première est applicable le même traitement que pour les sourds-muets. Dans cette forme d'aphasie, les enfants arrivent souvent à bien apprendre la langue. Chez les enfants qui peuvent dire quelques mots, le point du départ de l'enseignement doit être basé sur ces derniers.

Quelquefois l'enseignement doit avoir pour principe l'imitation.

On apprend les enfants à imiter les différents mouvements des membres, de la langue, on leur montre les différents objets, les tableaux, etc. Il faut aussi que l'aphasique apprenne la langue correctement, comme un enfant normal et pour ça on se sert de l'écriture.

Ces enfants doivent apprendre la langue par l'ouïe, et non pas par la vue. En règle générale : on commence par les voyelles et non pas par les labiales, comme on pensait autrefois, qui, disait-on, étaient plus visibles, pour passer ensuite aux dentales et palatines.

Le choix pour l'étude doit être variable, suivant le goût et l'intérêt que l'enfant montre pour tel ou tel objet.

Cette méthode d'enseignement demande avant tout de ne pas être menée très vite, comme le demandent quelquefois les parents. La lecture de choix est très recommandée aussi.

Le but de toute éducation doit avoir en vue de rendre aux enfants la parole spontanée.

Pour les enfants peu intelligents et idiots, la méthode par excellence est celle de MM. Bourneville et Boyer, qui est appliquée avec tant de succès dans leur service à Bicêtre.

CONCLUSIONS

I. Les troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile se rencontrent dans les lésions des deux hémisphères et ne se présentent sous forme d'aphasie motrice qu'au début de l'affection.

II. Ils ne persistent que sous forme de différentes dysphasies et surtout de dysarthrie.

III. La persistance de l'aphasie pendant un temps plus ou moins long est due soit à l'épilepsie, soit à un degré insuffisant de l'intelligence.

IV. L'âge de l'enfant a une influence sur sa marche.

V. Ces dysphasies peuvent probablement être corrigées par l'éducation et la gymnastique, appropriées aux différents mouvements des organes de la parole.

Vu le Doyen :

BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse:

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Marie.** *Dictionnaire des sciences médicales*, 1888.
- Sollier.** Thèse de Paris, 1890.
- Gibotteau.** Thèse de Paris, 1889.
- Vuillamier.** De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile, 1882.
- Marie.** *Presse médicale*, 1897.
- Oltuszewski.** Monatsschrift für gesammte Sprachheilkunde, 1897.
- Bernhardt Wirchow's.** Arch. 1885.
- Bolkmann.** Cerebrale Kinderlähmung, 1893.
- Freud et Oscar Rie.** Klinische Studie. Über die halbseit. Cerebrallähmung der Kinder.
- Sachs et Peterson.** A study of cerebral palsies, 1890.
- Osler.** The central palsies, 1889.
- Soltmann.** Anal. Neurol. Cbl., 1890.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS

- AUSSET** (Dr), professeur agrégé. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-97. 1 volume in-8, 1898. 5 fr. »
- BERDAL** (Dr), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduite, d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile. 25 fr. »
- COURTADE**. **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- JAKOB** **Atlas du système nerveux**, suivi d'un précis d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique des maladies nerveuses. Ouvrage comprenant 98 pl. color. et fig. dans le texte. Traduit par les D^{rs} REMOND, professeur à la Faculté de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. In-12, cartonné, 1897. 12 fr. »
- KRAFFT-EBING**. **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la cinquième édition allemande, par le D^r EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édit., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (Dr de). **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D^r DE MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr.
- NOGUÉ**. **Précis de posologie infantile**, in-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité d'Électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D^r E. VALUDE. Un vol. in-18 avec fig. 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité de l'œil artificiel**. Un vol. in-18 cart. avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPFER**. **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouvrage contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1886, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. **La diphtérie et la sérumthérapie**. Etudes cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (Formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'*Ophtalmologie*. Un vol. in-8 avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »